

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N° 231

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Françoise MILLUY

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux d'Amiens

Né le 16 Mars 1912, à Hermaville (Pas-de-Calais)

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES FISTULES
GASTRO-DUODÉNALES

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

François MILLUY

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux d'Amiens

Né le 16 Mars 1912, à Hermaville (Pas-de-Calais)

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES FISTULES
GASTRO-DUODÉNALES

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	PIEDIEVRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	MONDOR.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GREGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LEVY-SOLAL.
Clinique de cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	OMBREDANNE.
Assistance médico-sociale	HARVIER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. -- AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	GIROUD Histologie.
BARIETY Pathologie médicale.	HAGUENAU ... Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	JOANNON Hygiène.
BONNET Bactériologie.	LACOMME Obstétrique.
BOULANGER ... Chimie.	LANTUEJOUL.. Obstétrique.
BOULIN Pathologie médicale.	LAVIER Parasitologie.
BROUET Pathologie médicale.	LELONG Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	LEMAIRE Pathologie expérimentale.
CACHERA Pathologie médicale.	LENEGRE Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.	M ^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
COSTE Pathologie médicale.	MARCHAL Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.	MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	MOLLARET ... Pathologie médicale.
DELAY Pathologie médicale.	MOUQUIN Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) .. Physique.	PATEL Pathologie chirurgicale.
DESOILLE Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
DIGONNET Obstétrique.	RENARD Ophtalmologie.
DOGNON Physique.	RICHET Physiologie.
FEVRE Pathologie chirurgicale.	SENEQUE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.	SICARD Pathologie chirurgicale.
GALLIARD Parasitologie.	SOULIE Pathologie médicale.
GARCIN Pathologie médicale.	SUREAU Obstétrique.
M ^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique.	TURPIN Pathologie médicale.
GAYET Physiologie.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ... Pathologie médicale.	

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ÂGLAVE Pathologie chirurgicale.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.	LE LORIER ... Obstétrique.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
GUENIOT Obstétrique.	VAUDESCAL .. Obstétrique.
HEITZ-BOYER., Pathologie chirurgicale.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		de GAUDART ..	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
LAROCHE (G.)..		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma très grande
reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MA GRAND'MERE

*En témoignage de ma grande af-
fection.*

A MES ONCLES ET TANTES

*En témoignage de reconnaissance
pour leur inlassable sollicitude.*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur NOËL FIESSINGER

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur de présider ma thèse,
Respectueux hommage.*

A TOUS MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens
Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu m'inspirer le sujet
de cette thèse.*

*En témoignage de ma reconnais-
sance, Respects.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VASSELLE

Médecin radiologue des Hôpitaux d'Amiens

*En reconnaissance pour la bienveil-
lance inlassable qu'il nous a toujours
témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'AMIENS

A Monsieur le Docteur de BUTLER d'ORMOND

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui fut mon premier maître.
Hommage respectueux.*

A Monsieur le Docteur SOURDAT

Chirurgien des Hôpitaux

*En reconnaissance du précieux en-
seignement qu'il nous a donné.*

A Monsieur le Docteur MERLE

Médecin des Hôpitaux

*En reconnaissance de la bienveil-
lance qu'il m'a toujours témoignée.*

A Monsieur le Docteur GIRARD

Médecin des Hôpitaux

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
D'AMIENS

*En témoignage de nos plus vifs
sentiments de gratitude pour le pré-
cieux enseignement qu'ils ont bien
voulu nous donner.*

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES CAMARADES D'ETUDES

AVANT-PROPOS

L'ulcère a tendance, dans son évolution, à aspirer, pourrait-on dire, les tissus voisins.

GUTMANN.

L'ulcère tend à l'extériorisation.

GUTMANN.

Il n'existe dans la littérature médicale qu'un petit nombre d'observations de fistules gastro-duodénales et cette complication des périgastrites semble devoir être de plus en plus rare, car de nos jours, les ulcères, cause la plus fréquente des périgastrites, sont diagnostiqués et soignés dès les premiers stades de leur évolution.

Ils ne parviennent plus, qu'exceptionnellement, aux phases ultimes des lésions térébrantes et fibreuses étendues.

La grande dilatation gastrique des sténoses du pylore dues à un vieil ulcère, l'estomac biloculaire organique, l'estomac en escargot par rétraction de la petite courbure, assez fréquemment observés il y a vingt ou trente ans, sont devenus aujourd'hui des raretés.

L'étude des fistules gastro-duodénales présente un intérêt pratique très restreint. Cependant leur rareté, les mentions très succinctes dont elles font l'objet dans les traités, nous ont incité à aborder cette étude.

Nous avons recherché les quelques observations de fistules gastro-duodénales existant dans la littérature médicale pour les grouper dans notre travail. Nous y joignons un cas inédit où, au cours de l'évolution d'un ulcère de la petite courbure, un syndrome de fissuration donna lieu à une image radiologique de fistule gastro-duodénale, pour aboutir finalement à la formation d'un estomac biloculaire.

De l'étude de ces diverses observations, nous avons pu tirer quelques déductions qui éclairent le mécanisme de formation des fistules gastro-duodénales, et nous nous sommes efforcé d'esquisser leur symptomatologie clinique et surtout radiologique.

Nous terminerons par quelques considérations thérapeutiques.

OBSERVATIONS DE FISTULES GASTRO-DUODENALES

A la phase ultime de son évolution térébrante, l'ulcère de l'estomac peut se perforer soit en péritoine libre ou dans un cloisonnement, soit dans un organe plein (foie, pancréas, rate), soit dans un organe creux (colon, duodénum), réalisant dans ce dernier cas des fistules gastro-coliques ou gastro-duodénales.

Enfin la perforation à la peau réalise une fistule gastro-cutanée.

Les fistules gastro-coliques, avec leur dualité symptomatique, lientérie et vomissements féca-loïdes, leur image radiologique, sont d'un diagnostic relativement aisé et sont bien connues des chirurgiens.

Les fistules gastro-cutanées sont plus évidentes encore.

Toutes ces fistules sont rares.

En ce qui concerne les observations de fistules gastro-duodénales, la littérature médicale est très pauvre.

Un cas a été décrit par MONROL.

Low a décrit une fistule faisant communiquer la partie moyenne du corps de l'estomac avec la première portion du duodénum.

Il souligne que c'est une lésion rare.

D'après cet auteur, 12 cas seulement auraient été publiés.

M. RAMOND a également présenté une observation de fistule gastro-duodénale à la Société de gastro-entérologie de Paris, d'après un travail de la clinique médicale du Professeur HANGANUTZ (Roumanie).

LÜDIN en a rapporté également un cas.

HAUTEFEUILLE a présenté un cas d'image radiologique faisant croire à l'existence d'une fistule gastro-duodénale.

MOIROUD cite un cas de fistule entre l'estomac et la quatrième portion du duodénum.

Nous présenterons successivement :

— les observations de RAMON et de LÜDIN, dans lesquelles la vérification anatomique de la fistule a pu être faite à l'intervention.

L'observation de HAUTEFEUILLE, d'un grand intérêt radiologique.

Cas de MOIROUD pour son caractère vraiment exceptionnel.

Une observation inédite.

Nous terminerons par l'observation de LENOIR. SAVIGNAC DESSAULTS et GILSON, dans laquelle une fistule a peut-être existé, mais ne fut pas trouvée à l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (HANGANUTZ-DRAGULESCO)

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE PERFORÉ DANS LE DUODÉNUM

(Diagnostic radiologique)

M. I..., 39 ans, mariée, vient à la clinique pour la première fois, en octobre 1925, à cause de douleurs éprouvées dans l'épigastre, de vomissements spontanés et provoqués, et d'une hématemèse répétée.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels. La maladie a débuté insidieusement un an auparavant, par des douleurs épigastriques postalimentaires, accentuées plus tard, et obligeant la malade à prendre différentes positions et à provoquer ainsi des vomissements. On observe alors en même temps l'apparition d'une tumeur qui augmente surtout après les repas et occupe tout l'épigastre, s'accompagnant de vifs mouvements péristaltiques.

A l'examen, on constate que la malade est de conformation moyenne, mais émaciée, avec les téguments et les muqueuses visibles très pâles. Sous

l'hypocondre et à droite de l'ombilic, on palpe une tumeur élastique de la grosseur d'une orange et mal limitée d'où partent les contractions péristaltiques, qui se propagent à droite en bas, et sont accompagnées de gargouillement.

A l'examen radioscopique, on constate un ulcère sur la petite courbure de l'estomac, et un estomac biloculaire organique. La malade ne se laisse pas opérer et quitte la clinique.

Elle revient quatre ans après, en juin 1929.

Après son départ, elle avait suivi un traitement médical, sans régime sévère. Elle s'était assez bien portée pendant deux ans et demi, mais les phénomènes reparaissant et s'aggravant de nouveau, l'ont déterminée à revenir à la clinique.

A l'examen radioscopique, fait alors, on constate ce qui suit :

Estomac biloculaire organique. La première dose de baryum ingérée, remplit une niche située au milieu de la petite courbure. A ce niveau, le baryum prend deux directions : une partie va directement à droite dans l'anse duodénale, une autre partie dans la poche inférieure. L'évacuation de l'estomac se fait au niveau de la niche directement dans le bulbe duodénal qui est irrégulier et fixé à ce niveau. Dans la poche inférieure, on n'observe aucune évacuation par le pylore, ni spontanée, ni par la pression. Après sept heures, la poche supérieure ainsi que les anses de l'intestin grêle, sont évacuées; la poche inférieure est pleine de baryum, lequel ne peut être évacué que par pression, par le niveau de la niche.

On fait le diagnostic radiologique d'un ulcère sur la

petite courbure de l'estomac; on constate un estomac biloculaire organique et une fistule gastro-duodénale.

L'opération confirme exactement notre diagnostic.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

A l'exploration de l'estomac, un tableau exceptionnel s'offre à la vue. Sur la petite courbure existe un ulcère calleux avec processus sclérosant, qui réduit la petite courbure à une dimension de 4 à 5 centimètres. Le duodénum est implanté sur la petite courbure jusqu'à la partie postérieure de l'estomac et jusqu'à la paroi antérieure, déterminant une sorte de cercle, qui donne à l'estomac une forme biloculaire avec deux grandes poches à peu près égales.

La paroi postérieure de l'estomac, surtout près de la petite courbure, où existe du tissu calleux, est adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen, presque au niveau de la première vertèbre lombaire. En bas il existe une adhérence entre la face postérieure de l'estomac, le mésocôlon et le côlon, que l'on sépare sous le thermocautère; l'on constate que le fond de l'ulcère est formé par la masse pancréatique à une distance de 2 à 3 centimètres. On procède à la résection de l'estomac après l'avoir détaché avec beaucoup de difficultés. On prépare d'abord le bulbe duodénal. Après ligature des pédicules, la première partie est sectionnée, à l'endroit de son implantation dans la petite courbure, et on obtient un moignon duodénal assez bien formé. L'estomac est alors réséqué sur la petite courbure, le plus haut possible près du cardia, pour éviter de faire la suture dans le tissu calleux. Les $\frac{3}{4}$ de l'estomac sont réséqués, et il reste une grande ouverture gastrique dont on ferme entiè-

rement la partie supérieure, ne laissant dans la partie inférieure, sur la grande courbure, qu'un orifice de la même dimension que le calibre du duodénum. On termine enfin par l'anastomose. Une mèche est placée dans la loge sous-hépatique et la plaie est fermée en 3 plans.

Diagnostic opératoire : ulcère sur la petite courbure, fistule gastro-duodénale, estomac biloculaire.

Opération Billroth I.

OBSERVATION N° 2 (LÜDIN)

GASTRO-DUODÉNOSTOMIE SPONTANÉE

Chez une femme de 61 ans à long passé digestif dont le début remonte à trente ans en arrière, l'évolution d'un cancer de l'estomac paraît probable.

Des examens radiographiques en diverses positions sont pratiqués.

En position verticale. — L'estomac est refoulé à gauche avec des encoches sur la grande courbure. On ne reconnaît pas la portion prépylorique remplacée par une anse sacciforme. Au milieu de la petite courbure, une ombre large d'environ 3 cm. 1/2, à contours légèrement entaillés, se détache horizontalement de la silhouette gastrique. Cette ombre s'incurve vers le bas, au devant de la colonne vertébrale et doit être considérée en raison de son aspect, comme étant le duodénum. La bouillie barytée se vide d'une façon continue, dans l'ombre horizontale. On ne constate pas d'activité pylorique.



FIGURE 1

En décubitus dorsal. — L'estomac, placé à gauche, présente, sur la grande courbure, une encoche en forme de sablier, on ne distingue pas la portion prépylorique. Le bas-fond se montre élargi vers la droite en forme de sac. Au milieu de la petite courbure se détache une ombre fixe (duodénum).

En décubitus latéral droit. — L'estomac s'est déplacé vers la droite et présente des marques de sablier. Le sac inférieur est placé à droite de la colonne vertébrale et l'on ne peut toujours pas distinguer une portion prépylorique. L'ombre en forme de bande, qui prédomine du milieu de la petite courbure, disparaît dans un sac légèrement concave vers la droite, derrière le sac gastrique caudal.

L'évacuation gastrique est très retardée : à la qua-

rante-huitième heure, le sac gastrique caudal est encore rempli.

Les divers examens radiologiques firent supposer qu'à la suite d'une cicatrice d'ulcère, la portion prépylorique, répondant à l'enroulement en colimaçon selon Schmieden, s'était fixée en même temps que le pylore à la petite courbure de l'estomac, celui-ci se vidant en apparence directement du milieu de la petite courbure dans le duodénum.

Le diagnostic de fistule duodénale ne fut pas porté.

Après laparotomie, on voit l'estomac entièrement reporté à gauche, sa partie prépylorique transformée en une poche dilatée. La face antérieure de la petite courbure présente des traînées cicatricielles qui fixent au duodénum cette courbure et déterminent la formation de la poche prépylorique contenant encore de la baryte à la quarante-huitième heure. Deux ouvertures séparées par un pont étroit mènent de l'estomac dans le duodénum : l'inférieure est le pylore normal; par contre, la supérieure se trouve dans la cicatrice mentionnée et représente une perforation spontanée d'un ulcus gastrique dans le duodénum.

Intervention : gastro-entérostomie postérieure au niveau de la poche prépylorique.

OBSERVATION N° 3 (HAUTEFEUILLE)

Il s'agit d'un ouvrier âgé de 50 ans qui se plaignait depuis plusieurs années de douleurs tardives survenant deux ou trois heures après les repas.

En avril 1925, il fit une hématomèse abondante avec

état syncopal. Il resta au lit trois semaines. Grâce à un régime sévère, il put bientôt reprendre son travail, mais il continua à souffrir par périodes intermittentes.

Un examen radioscopique pratiqué le 15 juin 1925 montra un estomac atone, ptosé, descendant à deux travers de doigt au-dessus du pubis avec bas-fond très dilaté.

On remarquait une petite incisure sur la grande courbure et une disposition linéaire de la portion horizontale de la petite courbure réalisant l'aspect

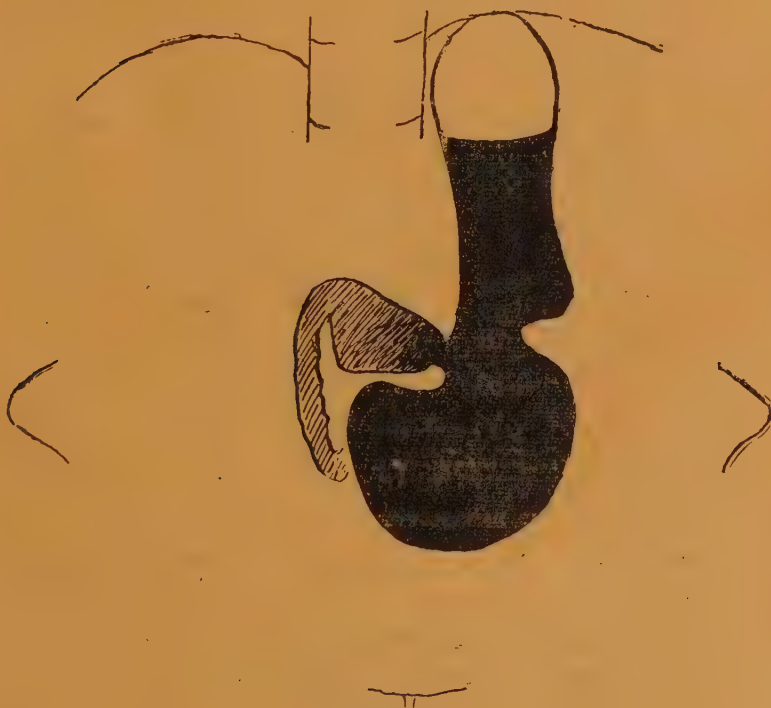


FIGURE 2

en équerre. Le bulbe duodénal était triangulaire, un peu dilaté.

L'aspect radioscopique semblait donc indiquer l'existence d'un ulcus de la petite courbure s'étendant à la région prépylorique.

Quelques jours après cet examen, le malade fit une nouvelle hématomèse très violente; je le fis entrer à l'hôpital pour être opéré.

Le 16 juillet 1926 un nouvel examen radiologique fut pratiqué avec le Docteur VASSELLE. Voici ce que l'on constate. L'estomac ne renfermait pas de liquide à jeun. On étudia le remplissage qui se faisait suivant le mode hypotonique. On voyait la substance opaque descendre le long de la petite courbure, comme c'est la règle, et gagner le bas-fond gastrique; mais à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la petite courbure se dessinait une image diverticulaire de grande dimension. On pensa aussitôt à un ulcère extériorisé; mais soudain, alors que le bas-fond de l'estomac n'était encore qu'imparfaitement rempli, alors qu'aucune contraction péristaltique ne s'était produite sans qu'on puisse invoquer la moindre surprise pylorique, on vit la substance opaque contenue dans cette sorte de poche diverticulaire passer dans la deuxième portion duodénale et parcourir tout le duodénum pour gagner le jéjunum.

Tandis que le remplissage de l'estomac se poursuivait on constata que le même phénomène se reproduisait à plusieurs reprises et l'interprétation ne sembla pas douteuse. Ce qui paraissait être une image diverticulaire n'était autre que le bulbe duodénal mis

en communication avec l'estomac par un trajet fistuleux.

Lorsque le remplissage gastrique était terminé, en refoulant par la palpation la substance opaque du bas-fond vers la partie moyenne de l'estomac, on provoquerait très nettement le remplissage du bulbe par la fistule gastro-duodénale. Selon toute vraisemblance, il s'agissait d'un ulcus de la petite courbure perforé dans la première portion du duodénum.

Les examens en position oblique dans le décubitus ne firent que confirmer cette hypothèse. Les contractions du bas-fond gastrique étaient peu marquées et l'évacuation de l'estomac s'effectuait lentement.

Le 19 juillet un nouvel examen radioscopique confirma les premières constatations. Six heures après, on constatait qu'il existait une certaine stase : le cinquième environ de la substance opaque était encore dans l'estomac ; le reste était dans le grêle et le colon ascendant. L'évacuation du bas-fond par le pylore semblait donc persister ; mais elle s'effectuait d'une façon imparfaite.

Depuis cette époque le malade n'a plus eu d'hématémèse ni de douleurs appréciables ; il a pu reprendre son travail habituel. Le 17 novembre 1927 il avait grossi de 10 kilos. Un nouvel examen montra la même image de fistule gastro-duodénale. Le bas-fond gastrique était beaucoup moins dilaté et s'était éloigné du pubis.

Une quatrième radioscopie fut faite en décembre 1928 et montra la persistance de la fistule. Le malade continuait à se porter très bien et se déclarait guéri,

OBSERVATION N° 4 (MOIROUD)

GASTRO-DUODÉNOSTOMIE SPONTANÉE AU VOISINAGE DE L'ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL

Une femme de 81 ans entre à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale : elle présente des vomissements noirâtres, du météorisme abdominal avec résistance pariétale au niveau de l'épigastre; cependant, l'arrêt des matières et des gaz n'est pas absolu.

L'âge de la malade, son état général bien mauvais, contre-indiquent toute intervention immédiate : les lavages d'estomac, le goutte à goutte rectal modifient heureusement les symptômes alarmants; l'évacuation intestinale se produit. Localement on constate alors une induration profonde douloureuse, de la région épigastrique.

L'interrogatoire révèle un vieux passé digestif avec crises douloureuses et, depuis quelques mois, un amaigrissement progressif, une anorexie absolue. L'existence d'un néoplasme de l'estomac paraît probable.

L'image radiographique de l'estomac frappe aussitôt par son aspect inhabituel. L'organe est entièrement reporté à gauche, la petite courbure présente un aspect marécageux étendu. A noter immédiatement au voisinage de l'image gastrique la présence d'une tache allongée, ovale, de 5 cm. de longueur sur son grand axe. Le bord droit de cette ombre est peu net, irrégulière dans sa partie haute; il est fortement con-

cave et net à sa partie inférieure, comme limitant un orifice, et, dans cette concavité, apparaissent quelques traînées opaques radiées. On voit très rapidement apparaître de la baryte dans la première anse jéjunale se dessinant en dehors de la grande courbure, alors que le pylore et les premières portions du duodénum ne sont pas apparues. L'évacuation gastrique s'effectue très vite et presque uniquement par passages directs dans le jéjunum.

L'antra pylorique est constamment mal injecté et flou : il ne passe que peu de baryte par le pylore, en quantité insuffisante pour rendre visible le duodénum.

Le décès de cette malade âgée, et dont l'état ne s'était point amélioré, se produit rapidement.

Autopsie. — L'estomac est distendu par du liquide noirâtre et refoulé à gauche par une masse occupant la région médiane. Il s'agit du corps du pancréas induré, augmenté de volume, auquel la petite courbure adhère longuement.

A l'ouverture de l'estomac, on reconnaît un ulcère géant ($0,05 \times 0,03$), de forme ovale, développé sur le versant postérieur de la petite courbure et s'étendant sur la face correspondante de l'estomac. Le fond est occupé par le pancréas cartonné; à la partie inférieure, un orifice circulaire, des dimensions d'une pièce de 2 francs, fait communiquer directement la cavité gastrique avec la 4^e portion du duodénum, au voisinage immédiat de l'angle duodéno-jéjunal : les bords sont indurés et par places altérés, présentant de petites ulcérations.

L'examen anatomo-pathologique (professeur agrégé MOSINGER) a été pratiqué sur des fragments, prélevés vingt-six heures après la mort. On note un processus ulcératif banal, s'étendant jusque dans la sous-séreuse, sans éléments néoplasiques. Quant au pancréas, il présente uniquement de la sclérose constituée par des travées collagino-fibroplastiques dissociant le tissu glandulaire; il n'existe pas de cellules néoplastiques sur le fragment étudié.

On est donc en présence d'une gastro-duodénostomie spontanée se produisant au cours de l'évolution d'un ulcère géant de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac, adhérent au 4^e duodénum par l'intermédiaire du mésocolon transverse et dont le fond est représenté par le corps du pancréas.

OBSERVATION N° 5 (*Inédite*)

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE.

PÉRIGASTRITE ET PERFORATION AVEC TRAJET FISTULEUX
ABOUTISSANT AU BULBE DUODÉNAL

M. C..., 35 ans, vient à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, le 5 juillet 1925; il présente un syndrome douloureux tardif. L'examen radiologique pratiqué aussitôt (7 juillet 1925) montre l'existence d'une niche typique au tiers moyen de la petite courbure. L'évacuation gastrique s'effectue dans les délais normaux. (Voir schéma ci-dessous.)



FIGURE 3

Après trois semaines de traitement médical, les douleurs ont disparu et la niche ulcéreuse n'est plus visible à l'examen radiologique.

Mais le malade, très intempérant, ne suit aucune règle d'hygiène alimentaire. Au bout de quelques semaines, il fait une récurrence et la niche est de nouveau visible. Au cours de l'hiver 1925-1926, les périodes d'amélioration alternent avec les poussées évolutives.

Au début de mai 1926, le malade revient à l'hôpital, souffrant beaucoup et ayant eu peu de jours auparavant une hématurie abondante.

Un nouvel examen radiologique montre alors une image bizarre : l'estomac renferme une grande quantité de liquide à jeun, la substance opaque s'accumule d'abord dans une poche supérieure, puis tombe dans le bas-fond qui est hypotonique. C'est un aspect d'estomac en cascade, mais on remarque en outre une grosse tache opaque sur la petite courbure (niche ul-

céreuse d'où part une traînée opaque qui vient aboutir au bulbe duodénal).

Quelques jours plus tard, on pratique un nouvel examen radiologique qui confirme le précédent. L'examen en oblique montre que la poche supérieure est antérieure par rapport au segment gastrique moyen qui est rempli de liquide de stase ou d'hyper-sécrétion.

Une radiographie est prise, elle permet d'étudier avec plus de précision l'aspect anormal de la petite courbure.

En dedans de la niche on voit une image circulaire qui s'étend sur la face postérieure de l'estomac; il s'agit sans doute du contour d'un ulcus géant. Quant à l'image de fistule aboutissant au bulbe duodénal, on l'observe à nouveau avec beaucoup de netteté sans qu'on puisse affirmer qu'elle soit en communication avec la cavité duodénale. (Voir schéma et radiographie.)



FIGURE 4



RADIO 1

L'estomac s'évacue très lentement.

Après un mois de traitement médical un nouvel examen montre une évolution favorable assez surprenante. On observe une image classique d'estomac biloculaire. Mais le malade souffre toujours et son état général est médiocre. (Voir schéma.)



FIGURE 5

On pratique une intervention (D^r DE BUTLER). Mais le chirurgien doit se borner à établir une gastro-entérostomie, car toute la petite courbure est soudée au foie par des adhérences très serrées.

Quelques mois plus tard le malade est décédé de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION (*Résumé*)

(LENOIR - DESMARETS - SAVIGNAC et GILSON)

PÉRIGASTRITE AVEC DÉFORMATION DE L'IMAGE GASTRIQUE (ESTOMAC EN ESCARGOT). ASPECT D'INTERPRÉTATION DIFFICILE FAISANT CROIRE A UNE FISTULE GASTRO-DUODÉNALE.

M. Br..., 47 ans, 25 mai 1925.

De 14 à 18 ans, le malade a souffert de dyspepsie avec intolérance gastrique assez violente ne supportant même pas le lait.

Depuis cette époque, le malade va mieux.

En janvier 1925, une crise épigastrique extrêmement violente durant quinze minutes. Douleurs en ceinture, avec sensation de mort prochaine, qui durent quatre à cinq jours.

Il y a huit jours, crise épigastrique atroce, irradiant dans le dos, s'accompagnant de renvois.

Rayons X. 27 mars 1925 (D^r GILSON). La bouillie paraît passer directement de la poche supérieure de l'estomac dans le duodénum.

D'autre part, il existe certainement une fixation du

pylore et bulbe en haut et en arrière, au voisinage de la petite courbure et de l'ouverture supposée.

Image très curieuse, d'interprétation difficile.

Diagnostic provisoire : ulcus de la petite courbure, avec périgastrite et peut-être fistule gastro-duodénale.

25 avril 1925 : Nouvel examen radiologique. Même aspect de face.

L'examen de profil et en oblique ne montre pas plus que la première fois d'évacuation pylorique. Pas de contractions péristaltiques nettement visibles, souplesse conservée.

9 avril 1925 : Un cliché en décubitus abdominal légèrement o.P.G.

Un cliché debout o.P.G.

Lettre du D^r GILSON :

« Les deux nouveaux clichés de M. Br... confirment ma première impression, quelque'extraordinaire et invraisemblable qu'elle paraisse !

« L'évacuation se fait directement de la partie supérieure de la petite courbure dans une anse duodénale... »

Le malade est alors envoyé dans le service du Docteur DESMARETS en vue d'une laparotomie, au moins exploratrice. Il subit un nouvel examen aux rayons X par le Docteur KELLER, avec radiographies en série, qui confirment l'existence de l'image décrite ci-dessus, ainsi, que du curieux mode d'évacuation, au moins apparemment, au niveau de la petite courbure dans le duodénum sans nuance de pylore.

Le Docteur KELLER avoue ne pouvoir interpréter cette image et ne pas pouvoir dire où passe la baryte.

A l'intervention :

Estomac pas très distendu. Il présente une première adhérence épiploïque qu'on libère entre le bord inférieur du foie et l'estomac, adhérences vélamenteuses. On libère quelques brides. D'autres adhérences unissent la face inférieure du foie à la petite courbure. Quand on a ainsi soulevé la face inférieure du foie, on voit une petite courbure qui est nettement le siège d'un ulcère, et sur cette petite courbure une anse duodénale qui paraît s'insérer sur cette petite courbure sans qu'on puisse encore dire s'il s'agit de la terminaison de la première portion du duodénum ou d'une autre partie.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

L'étude du processus scléreux au niveau des parois gastriques et à distance, consécutif à l'évolution chronique de l'ulcère éclaire le mode de formation des fistules gastro-duodénales.

On sait, depuis les travaux de GUTMANN et de MOUTIER, que l'ulcère gastrique a une tendance spontanée à la guérison par cicatrisation banale de la perte de substance.

Cette éventualité heureuse n'exclut pas malheureusement la possibilité de récurrences qui sont fréquentes et dans un grand nombre de cas l'ulcère passe à la chronicité avec alternance de poussées évolutives entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins longues.

L'ulcère est une maladie récidivante, disait MATHIEU. Ce qui caractérise avant tout l'ulcère, c'est sa tendance à persister, à s'étendre, à passer de l'état récent à l'état chronique, disait encore cet auteur.

Cette opinion ancienne reste vraie en grande partie.

Au cours de cette évolution chronique, les parois sont envahies par un processus scléreux et des infiltrations à distance peuvent se produire.

L'étude anatomo-pathologique de ces réactions péri-ulcéreuses nous apparaît indispensable pour expliquer le mécanisme de formation des fistules gastro-duodénales.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES LÉSIONS PERI-ULCEREUSES

Ce qui frappe surtout, à la palpation d'un ulcus ancien, c'est la transformation profonde des tissus qui constituent les parois de la lésion. Ces tissus apparaissent infiltrés, épaissis, indurés. On a la sensation d'un véritable « cartonnage ».

L'examen histologique met en évidence un double processus de sclérose et d'ulcération, de cicatrisation et de progression. Au pourtour de l'ulcère jusqu'à une distance assez grande, se manifestent des lésions inflammatoires dont l'importance a été bien mise en évidence par les travaux de GUTMANN sur les gastrites ulcéro-œdémateuses.

Dans une première phase, les tissus sont envahis par de l'œdème et infiltrés d'éléments inflammatoires. Ce sont des cellules d'aspect embryonnaire, encore appelées cellules rondes, à cause de leur analogie avec les lymphocytes. Puis succède un stade conjonctif. Les fibres conjonctives s'entrecroisent, se disposent en faisceaux plus ou moins denses, enserrant dans leurs mailles quelques rares cellules.

Certains ulcères, et en particulier les ulcères calcaireux, ont une nette propension vers l'évolution sclé-

reuse. Dans ce cas, en certains points, le tissu se densifie et prend les caractères du tissu scléreux.

Les vaisseaux sont entourés de manchons scléreux qui rétrécissent leur lumière.

On retrouve la même infiltration au niveau des diverses tuniques de la paroi.

Ce processus de sclérose constitue la manière de réagir des tissus contre l'extension de l'ulcération. C'est une tendance vers la cicatrisation sur le type fibreux banal. Mais elle n'exclut pas, dans un grand nombre de cas, et particulièrement dans l'ulcus de la petite courbure, la possibilité de nouvelles poussées évolutives, et ce processus scléreux reste rarement localisé aux parois gastriques : des réactions à distance, aboutissant à la périgastrite, s'observent concurremment.

LES PÉRIGASTRITES rentrent dans le cadre des périsviscérites très étudiées depuis une quinzaine d'années. On en a décrit de nombreuses formes cliniques, et l'attention s'est portée tout particulièrement sur les périoduodénites et les péricolites droites.

Nous limiterons notre étude à la forme gastro-duodénale qui, seule, nous intéresse ici.

On a distingué, au point de vue étiologique, deux variétés de périsviscérites :

- a) Les unes primitives;
- b) Les autres secondaires.

PÉRIVISCÉRITES PRIMITIVES. — Bien que n'intéressant pas notre sujet d'une façon aussi directe que les péri-

viscérites secondaires, on ne saurait cependant les passer sous silence.

Leur existence a été constatée au cours d'interventions opératoires ou nécropsiques. Elles constituent des péritonites membraneuses chroniques isolées, sans lésions primitives des organes abdominaux.

Quand des altérations viscérales existent, l'examen histologique montre qu'elles sont secondaires à l'atteinte péritonéale, les lésions inflammatoires s'étendant de la séreuse dans la profondeur de la paroi.

Ces péritonites sont plastiques d'emblée.

Les auteurs qui admettent leur existence leur reconnaissent deux facteurs étiologiques principaux : la tuberculose et la syphilis.

PÉRIVISCÉRITES SECONDAIRES. — Les périviscérites digestives adhésives secondaires siègent le plus souvent au niveau du cæcum et de l'iléon terminal; mais elles peuvent intéresser toute autre partie du tube digestif : l'estomac, le duodénum, le colon gauche et même les anses grêles. Au cours des poussées évolutives de l'ulcère, l'infection secondaire joue très certainement un rôle dans la progression de la lésion.

L'infection s'étend et affleure la séreuse qui réagit par un épaissement ou une adhérence.

RAUVIER a étudié les réactions des séreuses péritonéales chez le lapin, après badigeonnage au nitrate d'argent.

Les cellules qui la tapissent prolifèrent, se soulèvent, cheminent les unes sur les autres. Il apparaît ensuite des réactions d'inflammation banale caracté-

sées par une vaso-dilatation, des phénomènes de diapédèse et d'appel leucocytaire.

Quand l'inflammation atteint une certaine acuité, il se produit un exsudat fibrineux aboutissant à la formation de néo-membranes qui s'étendent entre le péritoine gastrique et les séreuses voisines. Ces productions fibrineuses deviennent rapidement cellulofibreuses. Ultérieurement, des vaisseaux néo-formés pénètrent ces adhérences qui s'organisent et prennent un type fibreux. Elles demeurent cependant minces et souples.

Lorsqu'elles sont réalisées en milieu septique, elles sont épaisses et rigides, formées de bourgeons charnus très vasculaires.

Ces péritonites chroniques adhésives évoluent par degrés, s'échelonnant depuis la tâche laiteuse entourée d'un halo de stries rayonnées, jusqu'à la bride rétractée formée de fibres blanc nacré, résistantes, et à la bande fibreuse dure et compacte.

Le stade de lymphangite constitue une sorte d'étape intermédiaire entre la lésion gastrique et la réaction péritonéale fibro-adhésive.

« Quand elle est étendue, dit DESCOMPS, à propos des péricolites, cette lymphangite s'étend en nappes continues, dessinant sous la séreuse épaisse et dépolie un réseau inflammatoire complet dont tous les contours peuvent d'ailleurs ne pas se présenter au même stade évolutif, ce qui permet d'apercevoir sous la diversité des aspects l'unité de cette évolution anatomique, depuis l'infiltration aiguë initiale, jusqu'à la sclérose cicatricielle résiduelle. »

EPIPLOÏTE. — Dans les périviscérites digestives, l'épiploïté décrite par WALTHER est de règle. Elle se traduit au début par une teinte rosée de l'épiploon, s'étendant en placards et en traînées périvasculaires.

Certaines zones s'épaississent, deviennent rouge vif, granuleuses, et donnent la sensation tactile de petits noyaux enchâssés dans la paroi. La surface épiploïque est sillonnée de formations fibreuses qui s'entrecroisent en tous sens.

A un degré d'infiltration plus avancé, l'épiploon est envahi de noyaux d'épiploïte scléreuse et donne à la palpation une sensation de résistance très spéciale, « sensation de cuir ». Plus tard, l'épiploon se contracte en un paquet fibreux.

Ce qui domine dans ces lésions, c'est la formation, sous le mince revêtement endothélial détruit par places, d'un tissu conjonctif dense du type adulte, pauvre en cellules fixes, riche en collagène, au milieu duquel on peut retrouver des plages d'inflammation chronique subaiguë, caractérisée par la présence de lymphocytes et de quelques plasmocytes.

Pourquoi certains ulcus se compliquent-ils de péri-gastrite? On a invoqué un terrain spécial et incriminé une étiologie bacillaire ou spécifique, sans pouvoir apporter d'arguments décisifs.

Nous ne pouvons qu'effleurer ce sujet qui est certainement très complexe.

MECANISME DE FORMATION DES FISTULES GASTRO-DUODENALES

Les périviscérités susceptibles de se compliquer de fistules gastro-duodénales sont les périgastrites développées, surtout au niveau de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac.

Elles semblent toujours consécutives à l'évolution d'un ulcus gastrique.

La fistule peut être réalisée soit par perforation directe de l'ulcus dans le duodénum, soit par l'intermédiaire d'un abcès périgastrique s'ouvrant secondairement dans le duodénum.

Nous pouvons donc concevoir, d'une façon toute schématique, deux mécanismes principaux de formation des fistules gastro-duodénales.

- a) L'un direct;
- b) L'autre indirect.

Fistules par mécanisme direct.

L'ulcère siège, on le sait, presque exclusivement sur la petite courbure avec tendance parfois à l'extension vers la face postérieure de l'estomac.

La périgastrite envahit dans ce cas l'arrière-cavité des épiploons et des adhérences se créent avec le pancréas, et parfois le fer à cheval duodénal. (Obs. MOIROUD.)

Dans d'autres cas, le développement de l'ulcère détermine des phénomènes d'épiploïte au niveau du péritoine gastro-hépatique, et le processus de péri-gastrite provoque alors des modifications anatomiques caractéristiques.

Il se produit une rétraction du petit épiploon, et aussi de la petite courbure.

Rétraction du petit épiploon. — Les réactions inflammatoires du petit épiploon sont fréquentes. MM. LÉPER et FORESTIER les ont étudiées au cours des cholécystites. Elles sont signalées par un certain nombre d'auteurs qui décrivent les uns l'existence d'un épaissement de l'épiploon, les autres d'un épaissement avec raccourcissement.

Tout le monde est d'accord pour admettre la rétraction du petit épiploon au cours des inflammations vésiculaires. Elle entraîne comme conséquence l'attraction de l'estomac vers la face inférieure du foie, ou même la soudure de ces deux organes.

Un phénomène analogue, mais dont le point de départ est inverse, peut se produire au cours de l'évolution de l'ulcère gastrique.

L'épiploïte rétractile provoquera l'accolement de la petite courbure à la face inférieure du foie, mais agissant sur la première portion du duodénum qui est relativement mobile déterminera également des adhérences entre l'estomac et le duodénum.

Rétraction de la petite courbure. — Lorsque la sclérose, au lieu de s'étendre d'une façon circulaire déterminant ainsi une sténose médiogastrique organique, comme c'est le cas le plus fréquent, s'étend sui-

vant l'axe longitudinal de l'estomac, elle conditionne des aspects bien particuliers auxquels on a donné les noms d'estomac en escargot, en hélice, en colimaçon.

« La rétraction de la petite courbure, disait MATHIEU, se traduit par une diminution de la corde qui tend l'axe figuré par la petite courbure, c'est-à-dire par une diminution de la distance entre le cardia et le pylore. Comme le cardia est fixe, c'est le pylore qui se déplace anormalement en haut et à gauche. »

La rétraction de l'épiploon gastro-hépatique, la rétraction de la petite courbure contribuent par leur action combinée à accoler le duodénum à la petite courbure.

Que l'ulcère poursuive sa marche érosive, bien que le tissu de sclérose tende à limiter la progression de l'ulcération et se fissure dans le duodénum, il se formera une fistule gastro-duodénale suivant le mode direct.

Pour illustrer ces phénomènes de rétraction du péritoine gastro-hépatique et de la petite courbure, nous citerons le cas suivant que nous avons observé récemment :

M. R..., 55 ans, d'apparence robuste, a commencé à souffrir de l'estomac il y a trois ans. Ses douleurs étaient alors semi-tardives, nettement calmées par les alcalins et séparées par des périodes d'accalmie relativement longues.

Ces derniers mois, les douleurs sont devenues plus aiguës et continues.

Des vomissements sont apparus qui calment le malade.

L'examen radiologique montre une niche de la pe-

tite courbure nettement extériorisée. Il existe une forte rétraction du bord supérieur de l'antra pylorique, à tel point que le bulbe duodénal est au voisinage de la niche.



RADIO 2

En regard de l'image diverticulaire, on note même, sur le duodénum, une légère dépression que l'on a pu retrouver sur plusieurs radios.

Il s'agit d'un bulbe attiré par la périgastrite venant au contact de l'ulcère.

C'est le stade initial susceptible, si de nouvelles poussées évolutives se produisent, d'aboutir à la formation d'une fistule gastro-duodénale.

Fistules par mécanisme indirect.

Ces fistules s'établissent par l'intermédiaire d'un abcès péri-gastrique.

Il faut, néanmoins, admettre, dans ce cas encore, qu'un certain degré de rétraction a amené le duodénum au voisinage de la petite courbure. Nous envisagerons le cas où une perforation limitée d'un ulcus de la petite courbure se produit.

Dans ces perforations il se forme de la péri-gastrite qui va tendre à enkyster la fusée gastrique; cette péri-gastrite est, d'ailleurs, favorisée par des adhérences préexistantes à la perforation.

Un abcès péri-gastrique se trouve ainsi constitué.

La disposition anatomique du péritoine conditionne la topographie de ces abcès. On peut considérer quatre types principaux de localisation des abcès péri-gastriques :

a) Une loge comprise entre le diaphragme et la face supérieure du foie;

b) Une loge comprise entre la face inférieure du foie et la face antérieure de l'estomac;

c) Une loge limitée en avant par la face postérieure de l'estomac, en arrière par le pancréas et le duodénum, en haut par le foie, en bas par le mésocolon transverse;

d) Une loge sous-duodénale rétro-péritonéale.

Les abcès consécutifs à une perforation d'un ulcus de la petite courbure se développent vers la face inférieure du foie, ou entre le foie, pancréas et duodénum.

Dans certaines éventualités heureuses, ces abcès peuvent évoluer vers la guérison spontanée par résorption.

Dans d'autres cas, ils peuvent guérir par évacuation spontanée. L'ouverture dans le duodénum réalise une fistule gastro-duodénale.

Il s'établit entre l'estomac et le duodénum un trajet fistuleux de longueur variable, ou même une poche intermédiaire.

(Voir observation inédite.)

Fistule par coexistence de deux ulcères :

L'un gastrique, l'autre duodénal.

MOIROUD émet cette hypothèse et signale que dans ce cas l'apparition de la fistule est plus rapide.

ETUDE CLINIQUE

Les fistules gastro-duodénales étant une complication des périviscérités, leur tableau clinique sera masqué par celui de l'ulcère et de la périgastrite.

Encore faut-il compter avec les modes réactionnels variables vago ou sympathicotoniques de l'organisme, qui peuvent apporter une note différente au tableau clinique.

Dans la forme gastro-duodénale, qui s'observe dans la plus grande majorité des cas chez un ancien ulcéreux dont la lésion s'est extériorisée, domine un tableau de douleurs continues qui s'est substitué aux périodes d'activité et de rémission qui caractérisent l'évolution d'un ulcère au début. Ce sont des douleurs tantôt précoces, tantôt tardives, mais ne cédant jamais complètement. Elles s'atténuent en une sensation d'endolorissement de pesanteur ou de tension gastrique.

Ces douleurs sont augmentées par les mouvements et ont tendance à s'irradier vers la région scapulaire gauche, la colonne dorsale et l'hypocondre.

LARDENNOIS a décrit la douleur par élévation des bras.

PARTURIER a signalé la fixité des points douloureux

en examinant le malade en décubitus dorsal ou en position de Trendelenbourg.

Les vomissements s'observent dans les périgastrites à topographie orificielle, déterminant une sténose pylorique.

Les hématomés traduisent une poussée évolutive de l'ulcère.

Aucun de ces signes n'est pathognomonique des pé-riviscrites; ce sont uniquement des signes de pré-somption.

D'après GUTMANN, seule l'étude de l'évolution de la maladie permet un diagnostic de probabilité.

L'observation du processus ulcéreux montre des modifications du rythme annuel et de l'horaire journalier.

« Cette tendance à la soudure, soudure des périodes dans l'année, soudure des crises dans la journée, me paraît la caractéristique clinique essentielle de la pé-riviscrite », écrit GUTMANN.

Dans les cas particuliers des observations que nous avons présentées, la symptomatologie clinique a revêtu des aspects très variables.

Dans l'observation de LÜDIN, il s'agit d'une malade à long passé gastrique chez laquelle on avait posé le diagnostic de cancer gastrique.

On sait, en effet, que les poussées de péritonite sub-aiguë sont assez fréquentes dans l'évolution des péritonites de cause locale, et qu'après plusieurs poussées successives une masse inflammatoire peut simuler par son volume, sa dureté et ses contours, une tumeur abdominale.

Des modifications de l'état général se traduisant par

un amaigrissement rapide, la palpation de cette tumeur en imposent dans ces cas pour un cancer. Parfois s'ajoutent des phénomènes d'occlusion intestinale, avec arrêt des matières et des gaz, météorisme, troubles du poulx.

C'est le cas de MOIROUD où la malade était entrée pour occlusion intestinale consécutive à un cancer du tube digestif, pensait-il.

Dans l'observation de HANGANUTZ et DRAGULESCO, c'est un syndrome ulcéreux avec biloculation gastrique.

Dans l'observation de HAUTEFEUILLE, l'apparition de la fistule a été précédée d'hématémèses répétées et d'une recrudescence des phénomènes douloureux.

Dans notre observation inédite, on relève également douleur et hématémèse coïncidant avec l'apparition du trajet fistuleux.

Dans l'observation de LENOIR, DESMARETS, SAVIGNAC et GILSON, le tableau clinique est dominé par des phénomènes douloureux. Ces quelques considérations nous montrent combien il est difficile de dire cliniquement à quel moment apparaît une fistule gastro-duodénale.

Il semble cependant qu'elle se produit à l'occasion d'une poussée évolutive, et il nous a semblé aussi, d'après l'étude des observations, que son apparition était le plus souvent précédée par une recrudescence des douleurs ou une hématémèse.

Cependant, et cela sera notre conclusion, aucun de tous ces symptômes précédemment exposés n'est pathognomonique. Le dernier mot appartient à la radiologie.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Dans son manuel de radio diagnostic, au chapitre des affections gastriques rares, M. LEDOUX-LEBLARD signale que les ulcères perforants aboutissent parfois à la formation d'une véritable fistule, lorsque le trajet fistuleux vient s'ouvrir soit dans un organe creux du voisinage, soit au dehors. Ainsi peut s'établir une communication directe entre l'estomac et les voies biliaires, le grêle ou le gros intestin.

M. SAVIGNAC a bien étudié les fistules gastro-coliques, le plus souvent consécutives à des néoplasmes qui contractent des adhérences avec le colon transverse ou l'angle colique gauche.

La rareté des fistules gastro-duodénales rend leur diagnostic radiologique exceptionnel.

Il s'agit presque toujours d'une trouvaille d'examen. Le radiologiste devra être prudent dans l'interprétation des images observées.

Deux écueils sont à éviter : croire à une fistule qui n'existe plus, méconnaître une fistule qui existe.

Souvent il faudra se borner à porter un diagnostic de probabilité.

L'observation de MM. LENOIR, DESMAREST, SAVIGNAC et GILSON met bien en évidence la difficulté que ren-

contre le radiologiste. GILSON constate, lors d'un premier examen, que la bouillie paraît passer directement de la poche supérieure de l'estomac dans le duodénum; il note, d'autre part, qu'il existe une fixation du pylore et du bulbe, en haut et en arrière, au voisinage de la petite courbure et de l'ouverture supposée; il constate que cette image très curieuse est d'interprétation difficile, et il porte le diagnostic « provisoire » d'ulcus de la petite courbure avec périgastrite et peut-être fistule gastro-duodénale.

Quelques jours plus tard, il pratique un nouvel examen qui confirme la première impression, puis le malade est examiné à nouveau par KELLER, radiologiste particulièrement spécialisé dans les examens du tube digestif.

Des radiographies en série confirment l'existence de l'image décrite par GILSON, ainsi que du curieux mode d'évacuation directe, au moins apparent, de la petite courbure dans le duodénum.

Mais KELLER avoue ne pas pouvoir interpréter cette image et ne pas pouvoir dire où passe la baryte.

Or, l'opération explique en partie cette bizarre image radiologique; un ulcus avait recroquevillé la petite courbure à tel point que le bulbe était venu s'y accoler. Il s'agissait d'une de ces déformations dénommées « estomac en escargot » due à la rétraction de la petite courbure.

L'intervention ne mit pas en évidence la fistule présumée à l'examen radiologique, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'ait pas existé, à un moment donné tout au moins, car nous savons que les lésions de périgastrite subissent l'influence des poussées évolutives,

qu'une fissure et même une fistule peuvent s'oblitérer. L'observation inédite en fournit un exemple.

RADIODIAGNOSTIC POSITIF

Pour reconnaître une fistule gastro-duodénale il est indispensable d'observer très attentivement les premières phases du remplissage gastrique.

Il s'agit donc d'un diagnostic qui se basera avant tout sur les constatations radioscopiques. Le radiologiste, parfaitement adapté à l'obscurité, de façon à ne perdre aucun détail des images projetées sur l'écran, suivra avec soin la descente de la substance opaque dans l'estomac.

Normalement, le cardia une fois franchi, une traînée opaque descend le long de la petite courbure, pour gagner le bas-fond. S'il existe une fistule gastro-duodénale, cette traînée se détourne de son chemin habituel et passe dans le duodénum avant d'avoir atteint le bas-fond de l'estomac, ou bien elle se bifurque, une partie de la substance opaque passe dans le duodénum tandis qu'une mince coulée descend vers le bas-fond. Ces particularités cessent d'être nettement perceptibles dès qu'une quantité notable de substance opaque a été ingérée, car à ce moment le bas-fond est bien rempli et il devient difficile de savoir si la substance opaque, en passant dans le duodénum, franchit le pylore ou y parvient à travers un trajet fistuleux.

Suivant le siège de la fistule, différents cas sont à envisager.

Lorsqu'il s'agit d'une périgastrite postérieure et que la perforation a mis l'estomac en communication avec la troisième ou quatrième portion duodénale, l'aspect observé au cours du remplissage rappelle celui qui est habituellement constaté, après intervention, lorsqu'il existe une gastro-entérostomie.

Avant le remplissage complet du bas-fond, et sans qu'aucun passage pylorique se soit produit, les anses jéjunales apparaissent remplies de substance opaque. C'est le cas de l'observation MOIROUD.

On voit très rapidement apparaître de la baryte dans la première anse jéjunale, dit le radiologiste, alors que le pylore et les premières portions du duodénum ne sont pas apparus. L'évacuation gastrique s'effectue très vite et presque uniquement par passage direct dans le jéjunum.

Lorsque l'estomac est vertical, en J accentué, avec bulbe au contact de la petite courbure, comme dans l'observation HAUTEFEUILLE, le diagnostic est plus difficile. Le radiologiste doit être circonspect, les causes d'erreur sont possibles. Il faut saisir les premiers passages au début du remplissage gastrique, eux seuls permettent une quasi certitude.

RADIODIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le radiologiste est amené à porter le diagnostic de fistule gastro-duodénale lorsqu'il voit nettement le passage direct de la substance opaque de l'estomac dans le duodénum, en l'absence de toute traversée pylorique. Cette particularité coïncide généralement

avec une image gastrique rendue très anormale par suite du processus ulcéreux compliqué de périgastrite et donnant lieu à divers aspects dont nous allons étudier la valeur séméiologique.

Estomac en escargot. — Presque toujours la fistule se produit sur un estomac biloculaire compliqué de rétraction du bord supérieur de l'antra pylorique, avec accolement du bulbe au tiers moyen de la petite courbure. Le cas le plus typique, celui qui correspond à l'observation de LÜDIN et à celle de HANGANUTZ et DRAGULESCO, ne prête guère à confusion. Il s'agit de l'estomac en escargot, décrit il y a fort longtemps déjà par SCHMIEDEN et HAERTEL. La périgastrite modifie considérablement l'aspect et les dimensions de l'estomac. Il existe une sorte d'enroulement de la petite courbure sur elle-même faisant remonter le pylore. Le bulbe duodénal est soudé par des adhérences à la niche ulcéreuse; on conçoit fort bien qu'une perforation de l'ulcère puisse se faire dans le duodénum.

Dans le cas de LÜDIN, le radiologiste n'a pas vu la fistule; il en est excusable, puisque l'évacuation de la substance opaque se faisait à la fois par l'orifice fistuleux et par le pylore, l'un et l'autre tout à fait voisins.

A côté de l'image typique de l'estomac en escargot, il existe certains aspects moins caractéristiques, mais qu'il faut bien connaître aussi, car ils peuvent aboutir à une symphyse gastro-duodénale.

Estomac en croissant. — MM. F. RAMON et Ch. JACQUELIN ont décrit au cours des péricholécystites

l'image de l'estomac en croissant. L'estomac s'incurve par la remontée vers le hile de toute la région pylorique qui vient adhérer à la face inférieure du foie par suite de l'infiltration du petit épiploon. C'est cette infiltration du petit épiploon qui joue le rôle principal dans les modifications de l'image gastrique chez les biliaires. (MM. LOEPER et FORESTIER.) Mais au cours des ulcères de la petite courbure, par propagation lymphatique, l'inflammation du petit épiploon est capable d'incurver la petite courbure et de déterminer l'image en croissant. (QUÉNU-TRUFFIER et AUBOURG.)

Pour le radiologiste, dans un cas comme dans l'autre, la difficulté de l'examen viendra de l'accolement du bulbe duodénal avec l'estomac et de leur dissociation malaisée. Cette dissociation des deux images est parfois presque impossible; assez souvent on l'obtient dans l'examen en oblique.

Erreurs d'interprétation résultant de la « surprise pylorique ». — La constatation d'un estomac en escargot ou en croissant devra inciter à suivre très attentivement l'évacuation gastrique.

Le radiologiste verra parfois le duodénum se dessiner dès le début de l'ingestion opaque et pourrait croire à l'existence d'une fistule gastro-duodénale. Mais le plus souvent, il s'agit d'un passage de substance opaque à travers le duodénum, qui se produit par suite du relâchement du pylore au début de l'examen, phénomène normal connu sous le nom de « surprise pylorique ». Le pylore à ce moment étant toujours franchi très rapidement, on risque dans

certains cas où existe l'accolement du bulbe et de la petite courbure, de conclure à une fistule qui, en réalité, n'existe pas.

Erreurs d'interprétation dues aux anomalies topographiques de l'estomac. — Une autre erreur consiste à croire à une symphyse du bulbe et de la petite courbure alors qu'il y a seulement contact sans aucune adhérence.

Le déplacement, d'origine extrinsèque, d'un estomac d'ailleurs parfaitement sain, peut se produire.

Il s'agit du refoulement de l'estomac par des organes voisins hypertrophiés ou altérés pathologiquement : grosse rate, tumeurs du rein, kyste de l'ovaire, ascite... En pareil cas, le bulbe duodénal et le bord droit de l'estomac seront généralement accolés.

Les anomalies de dimensions peuvent induire en erreur également. Lorsque l'estomac est très étiré, le bulbe peut entrer en contact avec la petite courbure. Si l'on interprète mal la surprise pylorique, on peut croire à tort à l'existence d'une fistule.

Le volvulus gastrique peut créer également des difficultés de diagnostic. On sait qu'il peut être complet ou incomplet, temporaire ou permanent, et déterminer une sorte de rotation de l'estomac autour d'un axe vertical passant par la petite courbure. Presque toujours en pareil cas, le bulbe se trouve contre l'antrum pylorique ou en arrière de lui. Dans cette dernière éventualité, l'examen en oblique permet de dissocier les deux images. Des causes d'erreur multiples peuvent faire croire, on le voit, à une périgastrite qui n'existe pas et le diagnostic exceptionnel de fistule

gastro-duodénale pourra, lui aussi, être porté parfois à tort.

Comme l'a dit à juste titre M. LEDOUX-LEBARD, « l'examen radioscopique combiné avec la palpation, avec les mouvements de retrait et de projection de l'abdomen avec le procédé de CHALAÏDITI; l'examen en diverses positions successives, et particulièrement dans le décubitus latéral, permettent de reconnaître avec certitude, dans quelques cas, la fixation anormale de l'estomac et l'existence d'adhérences. Le diagnostic, toutefois, doit être entouré des plus grandes réserves. Des estomacs anormalement immobiles à l'examen radiologique peuvent être reconnus, au cours de l'intervention chirurgicale, exempts de toute adhérence ».

TRAITEMENT

TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Tout ulcéreux reconnu devra être l'objet d'une surveillance médicale très sérieuse qui permettra de suivre les différentes phases de la maladie et de prendre une décision opportune. Un traitement médical précoce peut prévenir, dans une large mesure, la périgastrite, et de ce fait même, les complications liées à l'apparition de la péritonite chronique fibro-adhésive. Il est d'observation courante de voir certaines niches, largement extériorisées, disparaître d'une façon totale sous l'influence d'un traitement médical bien conduit, sans que l'on puisse préjuger toutefois de la guérison définitive de cette affection essentiellement chronique qu'est l'ulcère de l'estomac.

Nous ne ferons que rappeler le traitement médical classique, qui comporte dans ses grandes lignes les indications suivantes :

Repos - régime alimentaire - pansements gastriques - antispasmodiques - injections d'acides aminés,

TRAITEMENT CURATIF. THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Malgré l'institution précoce du traitement médical, les poussées ulcéreuses peuvent se répéter et se compliquer de périgastrite. On a pu dire que certains ulcéreux avaient une « tendance à la sclérose ».

Ce serait une erreur de croire que tous les cas de périgastrite relèvent nécessairement de la chirurgie. Beaucoup de cas de périgastrite restent silencieux et du ressort d'une thérapeutique médicale.

Dans les formes douloureuses, on pourra mettre en œuvre d'autres méthodes thérapeutiques.

C'est ainsi que les solutions huileuses d'éther-benzylcinnamique ont donné à GOSSET, GUTMANN et JAHIEL, un certain nombre de succès.

L'éther benzylcinnamique semble agir sur la congestion, l'infiltration, l'œdème, qui rétrocede. Il soulage par suppression de la douleur. Son action sur les « adhérences » est moins démontrée.

Les rayons infra-rouges possèdent également un pouvoir analgésiant considérable.

La diathermie, par l'importance de ses succès, a rallié de nombreux suffrages.

C'est un antispasmodique puissant, qui diminue la congestion et l'œdème.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

L'intervention tire son indication non pas de l'existence de la fistule gastro-duodénale, mais de l'existence de l'ulcus lui-même, de sa tendance à se perpétuer, à passer à la chronicité, de sa tendance à

évoluer par poussées inflammatoires répétées vers une périgastrite importante.

La fistule n'est en quelque sorte que le témoin de désordres anatomiques beaucoup plus importants, dûs au processus scléreux, au niveau du carrefour sous-hépatique.

L'intervention en pareil cas est toujours difficile. Il est évident que la conduite idéale serait d'opérer, sans trop attendre, les ulcères qui se montrent nettement rebelles à la thérapeutique médicale.

En présence d'une périgastrite grave compliquée d'une fistule gastro-duodénale, l'action du chirurgien sera souvent limitée.

La fistule en elle-même peut avoir une influence favorable. (Observation HAUTEFEUILLE.)

Nous avons vu d'autre part qu'un trajet fistuleux peut s'oblitérer de lui-même. (Observation inédite.)

Mais le plus souvent la fistule ne fait qu'aggraver la périgastrite, et assombrit le pronostic opératoire. Le chirurgien devra se baser surtout sur les signes cliniques et radiologiques de stase gastrique.

Si l'estomac s'évacue mal, et c'est généralement le cas, une gastro-entérostomie aura toujours une influence favorable. (Observation LÜDIN.)

Des interventions plus complètes sont cependant possibles parfois. (Observation HAUGANUTZ et DRAGULESCO. Observation LÉNOIR - DESMARETS - SAVIGNAC-GILSON.)

Mais en règle générale, le chirurgien devra se montrer très prudent et ne pas chercher à libérer des adhérences, ce qui aggrave le pronostic opératoire et, d'autre part, ces adhérences risquent de se reproduire,

CONCLUSIONS

I. — Les fistules gastro-duodénales sont rares; elles résultent de la perforation ou de la fissuration d'un ulcère de l'estomac dans un foyer de périgastrite englobant l'une des portions duodénales.

II. — Le syndrome clinique est celui de la lésion causale. La formation de la fistule coïncide généralement avec une poussée évolutive de l'ulcère qui se traduit par des douleurs paroxystiques ou une hématurie.

III. — Le diagnostic radiologique présente souvent de grandes difficultés; c'est par la radioscopie, en suivant attentivement les premières phases du remplissage de l'estomac, que le radiologiste pourra déceler la fistule.

IV. — L'existence d'une fistule gastro-duodénale assombrit le pronostic de l'évolution ulcéreuse, parce qu'elle traduit une périgastrite grave. Cependant une fistule gastro-duodénale peut s'oblitérer spontanément.

La thérapeutique médicale a une action indéniable, mais limitée; elle ne peut enrayer une périgastrite parvenue à un stade avancé.

V. — Les indications opératoires résultent non pas de l'existence de la fistule, mais de l'existence de l'ulcère lui-même, évoluant vers les poussées inflammatoires répétées et la périgastrite.

VI. — Les contre-indications opératoires sont les mêmes que pour l'ulcère non compliqué de fistule gastro-duodénale.

Elles résultent de l'importance et de l'extension de la périgastrite.

Vu :
Le Président,
N. FIESSINGER.

Vu :
Le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris :
MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

BÉCLERT et MÉRIEL. — L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin.

CARNOT - BLAMOUTIER - LIBERT et R. FRIEDEL. — Les périviscérites digestives. (*Librairie J.-B. Baillières et Fils*, 1926.)

CARNOT - HARVIER - MATHIEU. — Les ulcères digestifs. (*Librairie J.-B. Baillières et Fils*, 1922.)

CHÈNE et RAMADOUT. — Le volvulus de l'estomac. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, mai 1938 (p. 433.))

COSSET, GUTMANN et JAHIEL. — Essais de traitement médical des périviscérites. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, octobre 1927 (p. 908.))

GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (*Gaston Doin et C^{ie}, éditeurs*.)

HAUGANUTZ et DRAGULESCO. — Ulcère de la petite courbure de l'estomac perforé dans le duodénum. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, juin 1930 (p. 711.))

HAUTEFEUILLE. — Estomac en escargot et fistule gastro-duodénale. (*Gazette Médicale de Picardie*, avril 1935.)

HAUTEFEUILLE. — Image radiologique de fistule gastro-duodénale. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, décembre 1939 (p. 1273.))

JOULIA. — Radiologie des périviscérites. (*Journal Médical Français*, février 1926.)

- LARDENNOIS. — Les périviscérités adhésives de l'abdomen. (*Journal Médical Français*, février 1926.)
- LEDoux-LEBARD. — Manuel de radiologie clinique. (*Masson et C^{ie}, éditeurs.*)
- LENOIR - DESMARETS - SAVIGNAC et GILSON. — Périgastrique avec déformation de l'image gastrique d'interprétation difficile, simulant l'estomac en escargot. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, octobre 1926 (p. 935.))
- LOEPER et BORY. — A propos de la syphilis gastrique. (*Journal Médical Français*, décembre 1922.)
- LOEPER et FORESTIER. — L'estomac des biliaires. (*Journal Médical Français*, août 1920.)
- MATHIEU. — Pathologie gastro-intestinale. 2^e série. Ulcère et cancer de l'estomac. (*Octave Doin et Fils, éditeurs*, 1910.)
- MOIROUD. — Les fistules gastro-duodénales spontanées au cours de l'évolution de l'ulcère de la petite courbure. (*Presse Médicale*, 7 août 1935, p. 1250.)
- OUZY-MÉZARD. — Les périviscérités digestives et leur traitement médical. (*Pratique Médicale Française*, novembre 1930, p. 504.)
- RAMON et JACQUELIN. — Radiologie de l'estomac et du duodénum. (*Robert Maloine, éditeur.*)
- ROYER WIDAL. — Nouveau traité de médecine. Appareil digestif. (*Masson et C^{ie}, éditeurs.*)
- SERGENT - REBADEAU - DUMAS - BABONNEIX. — Appareil digestif. (*Maloine et Fils, éditeurs.*)
- TREMOLIÈRES et OLIVIER. — Périviscérités digestives adhésives. (*Journal Médical Français*, février 1926.)